

## WISCONSIN MEDICAID ELDERLY / BLIND / DISABLED APPLICATION AND REVIEW SOLICITUD Y REVISIÓN PARA EL PROGRAMA MEDICAID PARA ANCIANOS, CIEGOS E INCAPACITADOS DE WISCONSIN

**Instrucciones:** Antes de completar esta solicitud, lea las instrucciones adjuntas. Utilice sólo tinta azul o negra.

### SECCIÓN I - INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Si usted está completando esta solicitud/revisión en nombre de otra persona, debe adjuntar el *Medicaid Authorization of Representative Form*, Formulario de Autorización de Representante, (HCF 10126). La información suministrada en esta solicitud debe ser sobre el solicitante, no el representante.

Si ésta es una solicitud nueva, ¿necesita ayuda para pagar los servicios de cuidado de la salud recibidos en alguno de los tres últimos meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marque el idioma en el que desea recibir las notificaciones de elegibilidad. <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	Idioma que se habla en el hogar.	Date Received (Office Use Only)	RFA Number (Office Use Only)
---	--	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------

Nombre de la persona que solicita <i>Medicaid</i> (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Número de teléfono
---	--------------------

Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)

Domicilio postal (sólo si difiere del domicilio particular) (calle, ciudad, estado, código postal)

**SECCIÓN II - INFORMACIÓN GENERAL**

	Nombres completos (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) de usted y su cónyuge (si está casado/a)	Enumere los nombres que haya usado anteriormente (de casado/a, soltero/a, otros)	¿Solicita cobertura de Medicaid o de BadgerCare?	Código de raza u origen étnico (opcional; consulte las instrucciones)	Número de Social Security (sólo para solicitantes)	Sexo
1-Solicitante (1 – ¿Está el solicitante en cada sección?)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
2 – Cónyuge (2 – ¿Está el cónyuge en cada sección?)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

**SECCIÓN II - INFORMACIÓN GENERAL (continuación)**

	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Código de estado civil (consulte las instrucciones para obtener los códigos)	¿Es ciudadano estadounidense? (sólo para solicitantes)	¿Es veterano de guerra?	¿Ha sido declarado ciego o incapacitado por la Social Security Administration, Administración de Seguro Social?	Si usted es incapacitado y actualmente no trabaja, ¿está interesado en trabajar?	¿Ha recibido anteriormente Supplemental Security Income (SSI), Seguridad de Ingreso Suplementario ?
1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**SECCIÓN III - INGRESOS LABORALES**

(Si necesita más espacio, continúe la lista en una segunda hoja.)

¿Usted y/o su cónyuge trabajan? (enumere los trabajos independientes que realice en la "Sección IV: Ingreso por trabajo independiente")  
 Sí  No Si la respuesta es "Sí", escriba los detalles a continuación. Si la respuesta es "No", diríjase a la Sección IV.

Nombre de la persona que trabaja	Nombre y domicilio del empleador	Fecha de inicio del empleo	Ingresos brutos mensuales previstos para este mes (antes de la aplicación de impuestos y deducciones)	Ingresos brutos mensuales previstos para el mes próximo (antes de la aplicación de impuestos y deducciones)
			\$	\$
			\$	\$

**SECCIÓN IV - INGRESOS POR TRABAJO INDEPENDIENTE**

(Si necesita más espacio, continúe la lista en una segunda hoja.)

¿Usted y/o su cónyuge trabajan en forma independiente?  Sí  No Enumere los montos netos presentados ante el *Internal Revenue Service (IRS)*, Servicio de Impuestos Internos, en los formularios de declaración impositiva.

Trabajador independiente	Nombre y domicilio de la empresa	Rubro	Ingreso neto anual	Monto de depreciación reclamado	Ingresos previstos para este año

**SECCIÓN V - INGRESOS NO SALARIALES**

(Si necesita más espacio, continúe la lista en una segunda hoja.)

¿Usted y/o su cónyuge perciben ingresos no salariales?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", enumérelos a continuación.

Nombre de la persona que recibe el ingreso	Tipo / Fuente (consulte las instrucciones)	Monto bruto mensual (antes de la aplicación de impuestos y deducciones)	Nombre de la persona que recibe el ingreso	Tipo / Fuente (consulte las instrucciones)	Monto bruto mensual (antes de la aplicación de impuestos y deducciones)
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$

**SECCIÓN VI - GASTOS DOMÉSTICOS**

Enumere los gastos domésticos (para ver ejemplos de este tipo de gastos, consulte las instrucciones). (Si necesita más espacio, continúe la lista en una segunda hoja.)

Nombre de la persona y sus gastos	Tipo de gasto	Monto	Frecuencia de pago

**SECCIÓN VII - GASTOS MÉDICOS DE BOLSILLO**

Describa los gastos médicos	Indique si el artículo/servicio médico es un gasto laboral o no laboral	Monto	Frecuencia de pago (mensual, bimestral, semanal)
	<input type="checkbox"/> Gasto laboral <input type="checkbox"/> Gasto no laboral	\$	
	<input type="checkbox"/> Gasto laboral <input type="checkbox"/> Gasto no laboral	\$	
	<input type="checkbox"/> Gasto laboral <input type="checkbox"/> Gasto no laboral	\$	
	<input type="checkbox"/> Gasto laboral <input type="checkbox"/> Gasto no laboral	\$	

**SECCIÓN VIII - PATRIMONIO**

Enumere todos los activos que sean propiedad de los solicitantes. Incluya aquéllos de propiedad conjunta. No incluya el valor de vehículos ni de pertenencias personales de uso doméstico, a menos que sean de un valor inusualmente alto. Si necesita más espacio, continúe la lista en una segunda hoja.

	Nombre de los propietarios	Valor actual en dólares	Descripción (nombre de la institución financiera o bancaria y número de la cuenta)	Nombre de los propietarios	Valor actual en dólares	Descripción (nombre de la institución financiera o bancaria y número de la cuenta)
Dinero en efectivo		\$			\$	
Cuenta de cheques		\$			\$	
Cuenta de ahorros		\$			\$	
Propiedades / Bienes raíces		\$			\$	
Bienes funerarios / Seguro funerario		\$			\$	
Seguro de vida		\$			\$	
Otros (escriba el tipo)		\$			\$	
Otros (escriba el tipo)		\$			\$	
Otros (escriba el tipo)		\$			\$	

**SECCIÓN IX - INFORMACIÓN SOBRE VEHÍCULOS**

Enumere todos los vehículos que sean propiedad de los solicitantes. Incluya aquéllos que sean de propiedad conjunta con terceros. Si necesita más espacio, continúe la lista en una segunda hoja.

Tipo de vehículo	Año, marca y modelo del vehículo	Nombre de los propietarios	Monto adeudado (si no existen deudas, escriba "0")	¿El vehículo se utiliza para ir a consultas médicas?	¿El vehículo se utiliza con fines agrícolas, laborales, escolares o de capacitación?
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**SECCIÓN X - INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO**

	¿Usted y/o su cónyuge poseen cobertura de seguro médico (que no sea de Medicaid)?	Fecha de inicio de la cobertura (mm/dd/aa)	Monto de la prima	Frecuencia de pago de la prima (trimestral, mensual, bimestral, etc.)	¿Quién paga la prima?	Nombre del asegurado	¿Quién posee cobertura?	Nombre y domicilio de la compañía de seguro	Número del seguro (puede incluir el número de afiliado, abonado, división, grupo)
<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$						
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$						

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO (continuación)**

	¿Usted y/o su cónyuge poseen cobertura del <i>Wisconsin Health Insurance Risk Sharing Program</i> , Programa de Seguro de Salud de Riesgo Compartido de Wisconsin, (HIRSP)?	¿Usted y/o su cónyuge han incurrido en gastos médicos como resultado de accidentes o tienen pendiente algún acuerdo o demanda por accidente?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si la respuesta es "Sí", marque si usted y/o su cónyuge han incurrido en gastos o tienen pendiente algún acuerdo o demanda	¿Usted y/o su cónyuge reciben la cobertura Parte A o B de <i>Medicare</i> ?	Número de tarjeta <i>Medicare</i> (si usted y/o su cónyuge reciben cobertura de <i>Medicare</i> , escriba el número de tarjeta <i>Medicare</i> )	Si reúnen los requisitos necesarios, ¿usted y/o su cónyuge desean que el estado de Wisconsin pague la Parte B de la prima?
<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Gastos incurridos <input type="checkbox"/> Demanda o acuerdo pendiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Gastos incurridos <input type="checkbox"/> Demanda o acuerdo pendiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**SECCIÓN XI - TRANSFERENCIA DE RECURSOS**

Si fuera necesario, un trabajador se comunicará con usted para obtener más información. (Si necesita más espacio, continúe la lista en una segunda hoja.)

	¿Se han vendido o cedido recursos o activos en los últimos tres años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si la respuesta es "sí", escriba el tipo de recurso o activo, el valor y la fecha en que fue vendido o cedido.	¿Usted y/o su cónyuge han creado un fideicomiso en los últimos cinco años?	¿Desea usted que su cónyuge conserve la porción máxima permitida de sus ingresos si usted fuera internado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si la respuesta es "No", ¿qué porción dejaría disponible?
<b>1</b>	Tipo de recurso/activo	Tipo de recurso/activo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Tipo \$
	(MM/DD/AA)      \$	(MM/DD/AA)      \$	
<b>2</b>	Tipo de recurso/activo	Tipo de recurso/activo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Tipo \$
	(MM/DD/AA)      \$	(MM/DD/AA)      \$	

Si usted y/o su cónyuge permanece en un hospital o una residencia de ancianos, suministre la siguiente información.

	Nombre de la persona que está en el hospital o residencia para ancianos	Nombre del hospital o residencia para ancianos	Fecha de ingreso a cada hospital o residencia para ancianos
1			
2			

### SECCIÓN XII - Derechos y obligaciones

**Antes de firmar, lea la "Sección XII: Derechos y obligaciones" en las instrucciones.**

Declaro comprender las preguntas y enunciados de este formulario de solicitud. Comprendo las sanciones que supone brindar información falsa o infringir las reglas. Certifico bajo pena de perjurio o falso testimonio que todas mis respuestas son correctas y completas según mi leal saber y entender, incluso en lo que atañe a la nacionalidad o condición inmigratoria de cada miembro de mi familia que solicita los beneficios. Acepto suministrar la documentación que sea necesaria para probar mis dichos. Comprendo que el organismo puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones a fin de obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y nivel de beneficios. (Si la firma del solicitante es una "X", debe ser atestiguada por dos personas).

<b>FIRMA</b> del solicitante / representante / tutor / apoderado / guardián	Fecha
<b>FIRMA</b> del cónyuge/ representante / tutor / apoderado / guardián	Fecha
<b>FIRMA</b> del testigo (si la solicitud fue firmada con una "X")	Fecha
<b>FIRMA</b> del testigo (si la solicitud fue firmada con una "X")	Fecha